

Policy Brief

Revised July 2017

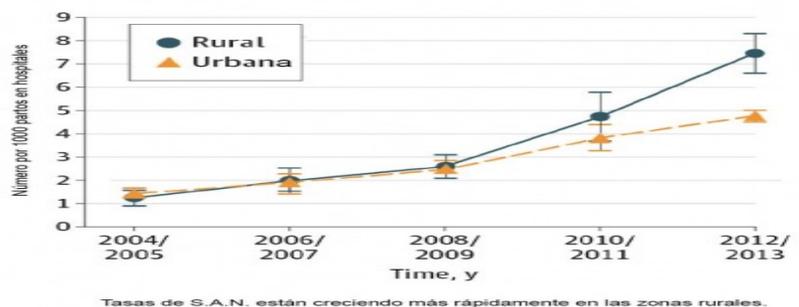
Tratamiento del trastorno por consumo de opioides durante el embarazo

Riesgos del consumo de opioides durante el embarazo

Un trastorno por consumo de opioides que no recibe tratamiento durante el embarazo puede tener consecuencias devastadoras para el bebé por nacer. Los niveles fluctuantes de opioides en la madre pueden exponer al feto a períodos repetidos de abstinencia, lo que puede afectar negativamente la función de la placenta.^{1,2}

Otros riesgos físicos directos incluyen:¹⁻³

- síndrome de abstinencia neonatal
- retraso en el crecimiento
- parto prematuro
- convulsiones fetales
- muerte del feto



Otros riesgos indirectos para el feto incluyen:

Fuente: Villapiano NLG, Winkelman TNA, Kozhimannil KB, Davis MM, Patrick SW. Rural and Urban Differences in Neonatal Abstinence Syndrome and Maternal Opioid Use, 2004 to 2013. JAMA Pediatr. 2017;171(2):194-196. doi:10.1001/jamapediatrics.2016.3750.

- mayor riesgo de infección maternal (por ejemplo, VIH, hepatitis B, hepatitis C)⁴
- malnutrición y cuidado prenatal deficiente³
- peligros derivados de la búsqueda de drogas (por ejemplo, violencia y encarcelación).^{1,3}

¿Qué es el síntoma de abstinencia neonatal?

El síntoma de abstinencia neonatal (SAN) ocurre cuando un bebé se vuelve dependiente de los opioides o de otras drogas que la madre consume durante el embarazo. El niño experimenta síntomas de abstinencia que pueden incluir, entre otros, temblores, diarrea, fiebre, irritabilidad, convulsiones y dificultad para alimentarse.⁵

El SAN casi se quintuplicó entre los años 2000 y 2012^{6,7}, en coincidencia con el aumento de los índices de prescripción de opioides a mujeres embarazadas.^{8,9}

Soluciones impulsadas por la *ciencia*

Tratamiento basado en la investigación

Se ha demostrado que tanto la buprenorfina como la metadona son tratamientos eficaces e inocuos para el trastorno por consumo de opioides durante el embarazo.¹¹ Si bien el SAN puede de todos modos ocurrir en bebés cuyas madres recibieron estos fármacos, es menos intenso que si no se hubiera efectuado tratamiento.^{10,12} La investigación no respalda la reducción de las dosis de medicamentos para evitar el SAN, ya que eso podría derivar en el mayor consumo de drogas ilícitas y el consecuente mayor riesgo para el feto.²

Metadona versus buprenorfina

Un metaanálisis reciente mostró que la metadona está asociada con mayor permanencia en el tratamiento. No obstante, la buprenorfina produjo los siguientes resultados:¹⁰

- reducción del 10 % en la incidencia del síndrome de abstinencia neonatal (SAN)
- reducción de 8.46 días en el tratamiento neonatal
- 3.6 mg menos de morfina necesarios para tratar el SAN.

Las pacientes deben trabajar con su médico para determinar qué fármaco es el mejor en cada caso.

La lactancia durante el tratamiento

Si bien la lactancia es generalmente baja entre las madres con trastorno por consumo de opioides,¹¹ los estudios han descubierto que amamantar al bebé puede reducir la estadía en el hospital y la necesidad de tratar con morfina a los bebés. A menos que existan preocupaciones médicas específicas (por ejemplo, infección por VIH en la madre), alentar a las madres a que amamenten y envuelvan en sus brazos a sus hijos recién nacidos puede aliviar los síntomas del síndrome de abstinencia neonatal en los pequeños y mejorar la conexión entre madre e hijo.^{1,2,13}

La metadona y la buprenorfina pueden tratar eficazmente el trastorno por consumo de opioides durante el embarazo

La metadona se ha usado para tratar a mujeres embarazadas con trastorno por consumo de opioides desde la década de 1970, y para 1998 su uso estaba reconocido como práctica estándar.^{1,4} Desde entonces, los estudios han demostrado que la buprenorfina también es una opción eficaz de tratamiento.¹⁰ Tanto el American College of Obstetricians and Gynecologists como la American Society of Addiction Medicine apoyan el tratamiento con metadona y buprenorfina como la mejor práctica para el trastorno por consumo de opioides durante el embarazo.¹

Beneficios del tratamiento durante el embarazo. El tratamiento con metadona o buprenorfina mejora el desenlace en los recién nacidos de las siguientes maneras:

- estabiliza los niveles de opioides en el feto y reduce la repetición de la abstinencia prenatal;²
- conecta a la madre con tratamientos para las enfermedades infecciosas (por ejemplo, VIH, hepatitis B, hepatitis C), lo que reduce la probabilidad de transmisión al bebé por nacer;^{1,3,4}
- provee oportunidad para un mejor cuidado prenatal;^{1,3}
- mejora los resultados de salud a largo plazo para la madre y para el niño.

En comparación con mujeres embarazadas ^{10,12} sin tratamiento, las que recibieron tratamiento con metadona o buprenorfina tuvieron hijos con:

- menos riesgo de SAN
- SAN más leve
- tratamiento menos prolongado
- mayor edad gestacional, peso y circunferencia cefálica al nacer.

La ciencia impulsada por *soluciones*

Prescribir más tratamientos

Estudios financiados por el NIDA están evaluando las barreras y los facilitadores clave de la prescripción de metadona y buprenorfina a las mujeres embarazadas. Entre los proyectos en curso se encuentran:

- validar herramientas confiables de detección para identificar a las mujeres embarazadas que necesitan tratamiento;
- analizar el desenlace de los bebés para facilitar la selección informada de medicamentos para el trastorno por consumo de opioides durante el embarazo; y
- evaluar las intervenciones conductuales para el consumo indebido de opioides durante el embarazo.

Mejorar las estrategias de tratamiento

El tratamiento con metadona o buprenorfina conlleva cierto riesgo de SAN. Las dosis divididas de metadona —tomar dosis más pequeñas con mayor frecuencia— reducen la exposición del feto a períodos de abstinencia. El síndrome de abstinencia neonatal en los bebés de madres tratadas con dosis divididas de metadona es menos intenso.¹⁶ Actualmente, un estudio financiado por los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) está examinando la buprenorfina durante el embarazo y cómo mejorar los regímenes de dosificación del fármaco.

Mejorar la participación en el tratamiento

- El estigma y los prejuicios de los proveedores de atención médica pueden hacer que el consumo de drogas se subreporte y que la dosificación de medicamento sea insuficiente, lo que a menudo tiene como resultado la demora del tratamiento o la prescripción de tratamientos ineficaces.^{14,15}
- Dieciocho estados clasifican como abuso infantil el consumo de drogas de la madre, y tres estados lo consideran motivo de hospitalización involuntaria, lo que desincentiva la búsqueda de tratamiento por parte de las madres.⁵
- Las mujeres a quienes se les permite permanecer con sus hijos durante el tratamiento son más propensas a iniciar tratamiento y mantener la abstinencia.¹⁴

Fomentar el acceso al tratamiento. Los proveedores de seguro médico que cubren el tratamiento de trastornos por consumo de drogas están obligados a proveer cobertura equivalente a la que proporcionan para otros trastornos de salud. Visite el [sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos](#) (en inglés) para obtener información adicional sobre la paridad de protecciones y la ayuda de los seguros para los servicios de adicción o salud mental.

¿Dónde puedo obtener más información?

Si usted o una mujer que usted conoce está embarazada y tiene un trastorno por consumo de opioides:

- Pregúntele a su médico sobre las opciones de tratamiento.
- Para identificar servicios de tratamiento en su área, consulte el [localizador de tratamientos de SAMHSA](#) y la página de [búsqueda de centros de salud de HRSA](#) (ambos en inglés).

- Visite las siguientes páginas del NIDA: [SAN](#) (en inglés), [La heroína y el embarazo](#) y [Tratamientos eficaces para la adicción a los opioides](#) (en inglés). Visite también la página de SAMHSA [sobre el síndrome de abstinencia neonatal](#) (en inglés).

Referencias

1. [ACOG & ASAM. Obstet Gynecol \(2012\).](#)
2. [Kaltenbach K, et al. Obstet Gynecol Clin North Am \(1998\).](#)
3. [Center for Substance Abuse Treatment. TIP Series 43 \(2005\).](#)
4. [National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction. JAMA \(1998\).](#)
5. [Ko JY, et al. MMWR \(2017\).](#)
6. [Patrick SW, et al. JAMA \(2012\).](#)
7. [Patrick SW, et al. J Perinatol \(2015\).](#)
8. [Epstein RA, et al. Ann Epidemiol \(2013\).](#)
9. [Tolia VN, et al. NEJM \(2015\).](#)
10. [Brogly SB, et al. Am J Epidemiol \(2014\).](#)
11. [Jones HE, et al. NEJM \(2010\).](#)
12. [Fajemirokun-Odudeyi O, et al. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol \(2006\).](#)
13. [Klaman SL, et al. J Addic Med \(2017\).](#)
14. [OWH. White Paper: Opioid Use, Misuse, and Overdose in Women \(2017\).](#)
15. [Thigpen J & Melton ST. J Ped Pharm Ther \(2014\).](#)
16. [McCarthy JJ, et al. J Addict Med \(2015\).\(link is external\)](#)

*This publication is available for your use and may be reproduced **in its entirety** without permission from NIDA. Citation of the source is appreciated, using the following language: Source: National Institute on Drug Abuse; National Institutes of Health; U.S. Department of Health and Human Services.*

Chart legends:

Rural = Áreas rurales

Urban = Áreas urbanas

Time, y = Años, y

No. per 1000 Hospital Births = N.° por 1000 nacimientos en hospital

Rates of NAS are growing faster in rural áreas = Los índices de SAN están aumentando más rápidamente en áreas rurales